© LMD srl - grafica

**Data ultimo aggiornamento: 04/07/2025**

# Condizioni di Assicurazione

## Art. 1 - Prestazioni assicurate

Le coperture assicurative di seguito elencate sono operanti solo se specificatamente indicate nel documento di polizza.
Il contraente, al momento della sottoscrizione del modulo di proposta, deve indicare, in funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore" dell'assicurato, uno dei due prodotti sotto riportati:

1) Prodotto 0476V "non fumatori"
2) Prodotto 0476W "fumatori"

### Prestazione principale

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita Alleanza Assicurazioni si impegna - dietro versamento di un piano prestabilito di premi annui - a pagare al beneficiario/i designato/i dal contraente, **in caso di decesso dell'assicurato prima della scadenza prestabilita**, un capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione.
**In caso di vita dell'assicurato** alla scadenza del contratto non è prevista alcuna prestazione; in tal caso il contratto si risolve ed i premi versati restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni a fronte dell'assicurazione prestata.

### Coperture Complementari

Il contraente, sempre al momento della sottoscrizione del modulo di proposta, può integrare la predetta prestazione principale con:

- l'assicurazione complementare in caso di insorgenza di malattia grave "Critical Illness" e/o
- l'assicurazione complementare in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale "A.C.M.A-I.S."

descritte all'art. 4 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

* * *

I capitali assicurati relativi al presente contratto sono indicati nel documento di polizza.
È possibile sottoscrivere questo contratto solo se l'età dell'assicurato al momento della stipula non è superiore a 78 anni e a scadenza non superiore a 80 anni.

© LMD srl - grafica

**Art. 2 - Definizione di assicurato non fumatore**

Il presente contratto prevede l'applicazione di due diversi prodotti in funzione del consumo di tabacco da parte dell'assicurato, ossia per soggetti fumatori o non fumatori.

Ai fini delle presenti coperture assicurative, l'assicurato è considerato non fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne comunicazione scritta a Alleanza Assicurazioni entro 30 giorni mediante lettera raccomandata. Contestualmente a tale comunicazione, il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per il non fumatore e quello previsto per il fumatore.

In caso di sinistro Alleanza Assicurazioni verifica l'effettivo persistere dello stato di non fumatore dell'assicurato, che deve preventivamente consentire a Alleanza Assicurazioni tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'assicurato o dell'insorgenza della malattia grave prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta da Alleanza Assicurazioni, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto, (articolo 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'assicurato (art. 1893 c.c.).

**Art. 3 - Esclusioni e limitazioni**

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi Punti 3.1, 3.2 e 3.3.

**3.1 Esclusioni**

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

a) malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto;
b) delitto doloso del contraente o del beneficiario;
c) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
d) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'assicurato

© LMD srl - grafica

in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;

e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; uso e guida di mezzi subacquei;

g) incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è escluso il decesso causato da incidente di volo se l'assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

h) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione della copertura;

i) infortuni e/o malattie intenzionalmente procurati o dovuti/correlati a stato di ubriachezza e/o ad abuso di sostanze alcoliche, nonché quelli conseguenti ad uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera stato di ubriachezza la presenza di valori di alcol nel sangue uguali o superiori a 150 mg/dl. Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica: vino 1 bicchiere 125 ml; birra a gradazione normale 1/2 pinta 300 ml; superalcolico 1 bicchierino 30 ml.

Inoltre, nel caso in cui il capitale assicurato risulti non inferiore a Euro 1.000.000,00, è prevista anche la seguente esclusione:

j) incidente di volo, salvo se trattasi di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di un volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. È espressamente escluso il decesso causato da incidente di volo su aerotaxi, elicottero ed ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda sia a titolo oneroso che gratuito, a meno che ciò non sia stato accordato da speciale Appendice.

Nel caso di delitto doloso del contraente o del beneficiario non è prevista alcuna prestazione; in tutti gli altri casi, Alleanza Assicurazioni paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale Appendice al documento di polizza, è inoltre escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

k) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;

l) pratica di attività sportive professionistiche;

m) pratica a livello agonistico di arti marziali e lotta come: Pugilato, Kickboxing, Mauy Thai, Wrestling, Arti Marziali, Cagefighting e MMA (mixed martial arts);

n) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;

o) pratica delle seguenti attività sportive:
   - immersioni subacquee non in apnea superiori ai 40 m; immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne;

© LMD srl - grafica

- scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia;
- torrentismo; tuffi da altezza superiore i 10 metri; nuoto in mare aperto;
- surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua o altri sports acquatici praticati non a livello dilettantistico;
- vela transoceanica;
- sport estremi;

p) attività professionale pericolosa che comporti:
- contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche od elettriche;
- attività di rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;
- lavori su impalcature o ponteggi di altezze superiori a 15 m;
- lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
- l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile, ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio;
- aviazione;
- attività subacquea in genere;
- guardia giurata;
- guida di veicoli superiori a 35 q, operatori di pala meccanica.

Qualora tali deroghe non vengano espressamente richieste e/o concesse da Alleanza Assicurazioni, resta inteso che qualora il decesso dell'assicurato sia causato dalle suddette fattispecie, Alleanza Assicurazioni si impegna a pagare l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.
Al fine di eliminare le esclusioni di cui ai punti j), k), l), m), n), o) ed estendere la copertura assicurativa anche per attività sportive e/o professionali non previste, su richiesta dell'assicurato, Alleanza Assicurazioni si riserva la valutazione di un eventuale sovrappremio.

### 3.2 Aggravamento del rischio

Qualora in fase di sottoscrizione del modulo di proposta il contraente dichiari la professione svolta dall'assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'assicurato devono essere comunicati a Alleanza Assicurazioni affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al contraente se intende:
a) far cessare gli effetti della copertura;
b) ridurre il capitale assicurato;
c) maggiorare il premio dovuto.

Se Alleanza Assicurazioni comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto di Alleanza Assicurazioni a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

### 3.3 Limitazioni

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Alleanza Assicurazioni, accettandone modalità ed oneri.

© LMD srl - grafica

L'assicurato, con il consenso di Alleanza Assicurazioni, può scegliere di non sottoporsi a visita medica se ha un'età inferiore a 60 anni e 6 mesi al momento della sottoscrizione e/o in caso di capitali assicurati - in caso di decesso e di malattia grave - fino a Euro 250.000, ferma restando la compilazione del questionario sanitario e degli eventuali questionari sportivi e/o professionali. In questo caso viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante il periodo di carenza Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

In assenza di visita medica Alleanza Assicurazioni nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione si impegna a pagare il capitale assicurato solo nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo,vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura;
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 750.000,00 è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

**Art. 4 - Coperture complementari**

La prestazione in caso di decesso dell'assicurato di cui all'art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, può essere integrata da quelle relative alle seguenti assicurazioni complementari:

- "Critical Illness" (50% o 100%): assicurazione per il caso di insorgenza di una malattia grave come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione (cancro, ictus, infarto);
- "A.C.M.A.-I.S.": assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Le assicurazioni complementari sono operanti solo se espressamente indicate nel documento di polizza. A tali assicurazioni si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni del presente contratto in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme contenute nel presente articolo.

**4.1 Critical Illness (50% o 100%)**
**Assicurazione operante in caso di insorgenza di una malattia grave**
**A) Prestazioni**

In caso di insorgenza di una malattia grave, la copertura complementare garantisce un capitale pari al 50% o al 100% del capitale assicurato in caso di decesso. Il capitale assicurato rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale.
È possibile sottoscrivere questa assicurazione complementare solo se l'età dell'assicurato a scadenza non è superiore a 75 anni.

© LMD srl - grafica

**B) Malattie gravi**
Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti condizioni, a patto che, a seguito della stessa malattia grave, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%.

**i) Cancro**
Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia, e/o di chemioterapia.
La diagnosi di cancro deve essere fatta da uno specialista oncologo/chirurgo e l'evidenza di malignità deve essere supportata dall'esame istologico.
In assenza di referto istologico, la diagnosi di cancro è valida soltanto se vengono soddisfatti tutti e tre i seguenti criteri:
- la diagnosi patologica è impossibile perché dal punto di vista medico non è fattibile o metterebbe a rischio la vita del paziente; e
- sono disponibili evidenze mediche che sostengono la diagnosi di cancro; e
- è disponibile una relazione dello Specialista Oncologo/Chirurgo che conferma la diagnosi clinica di cancro.

Sono esclusi i seguenti tumori:
- tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni o non-invasivi
- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (Tis) o carcinomi papillari non-invasivi (Ta), inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3
- tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose, che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti
- melanomi istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0
- tumori della vescica istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1N0M0
- la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1
- tumori in presenza del virus HIV.

**Per la descrizione istologica si farà riferimento all'ultima versione dell'AJCC Cancer Staging Manual.**

**ii) Ictus**
Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:
- durata dei sintomi/segni >24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

© LMD srl - grafica

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data dell'evento. I sinistri devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Sono escluse le seguenti situazioni:
- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia; e
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

**iii) Infarto**

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:
- storia di dolore toracico tipico
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche (ECG) diagnostiche per necrosi miocardica
- aumento diagnostico degli enzimi cardiaci o delle troponine maggiore o uguale ai seguenti livelli:
- Troponina T > 1,0 ng/ml,
- Accu TnI > 0,5 ng/ml o soglie equivalenti ottenute con altri metodi;
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Le prove devono dimostrare senza margini di dubbio un infarto acuto del miocardio e la diagnosi deve essere confermata dal cardiologo.
Sono esclusi dalla copertura:
- Angina
- Altre sindromi coronariche acute.

**C) Condizioni particolari**

**1) Criteri di operatività della garanzia**

In caso di insorgenza di una delle malattie gravi definite al precedente punto B), Alleanza Assicurazioni dopo aver valutato la documentazione ed il diritto dell'assicurato alla prestazione malattia (Critical Illness), dovrà pagare il capitale assicurato. Si precisa che l'insorgenza della malattia grave e/o la presentazione della denuncia a Alleanza Assicurazioni non determina automaticamente la sospensione del versamento del premio; il contraente infatti rimane obbligato al versamento dello stesso e, solamente nel caso in cui la richiesta venisse accettata da Alleanza Assicurazioni, la stessa sarà tenuta a rimborsare quanto versato tra la data della diagnosi e quella di ammissione della malattia grave.

**Si precisa che non sono comunque previsti ulteriori pagamenti di prestazioni alla diagnosi di una eventuale seconda malattia grave.**

Rimane ferma la prestazione principale in caso di decesso e l'eventuale copertura complementare ACMA-IS fino alla scadenza del contratto prevista.

© LMD srl - grafica

**In caso di decesso conseguente ad insorgenza di una delle malattie indicate nel precedente punto b), Alleanza Assicurazioni pagherà entrambe le prestazioni (malattia grave e decesso) solamente nel caso in cui sia trascorso un periodo di tempo pari ad almeno 15 giorni fra la data in cui è stata diagnosticata la malattia grave e la data del decesso.**
**Qualora invece il decesso si verificasse entro il quindicesimo giorno dalla predetta data in cui è stata diagnosticata la malattia grave, verrà pagata esclusivamente la prestazione in caso di decesso.**

**2) Esclusioni della garanzia**

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare la malattia dovuta a lesioni derivanti da:

- dolo del contraente o del beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra;
- eventi causati da armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee e altre attività che prevedono il contatto fisico o rischiose;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250V, missionari, attività subacquee, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- viaggi in zone a rischio di conflitti o catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese);
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l);
- stato di ubriachezza (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l) nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate
- danni alla propria persona procurati dall'assicurato stesso, tentato suicidio.

**3) Carenze**

Nel caso di diagnosi di una delle malattie gravi durante i primi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento dell'insorgenza della malattia grave.

**4) Estinzione della garanzia**

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti da Alleanza Assicurazioni:

a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;

c) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione;
d) a seguito del pagamento della prestazione per malattia grave.

© LMD srl - grafica

**4.2 Assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale per il caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.- I.S.)**

**A) Prestazioni**

Nel caso in cui il decesso dell'assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, Alleanza Assicurazioni, nei limiti della presente garanzia e delle Condizioni Particolari che seguono, si obbliga a pagare ai beneficiari designati, oltre alle prestazioni previste per il caso di decesso dell'assicurato dalla tariffa dell'assicurazione principale, un ulteriore capitale il cui ammontare è indicato nel documento di polizza.

Tale capitale viene raddoppiato nel caso in cui il decesso dell'assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.-I.S.).

Il capitale A.C.M.A. rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale. La copertura è operante soltanto se il decesso si verifica entro un anno dal giorno delle lesioni anzidette.

Tale copertura complementare può essere richiesta a condizione che la prestazione principale sia di importo non superiore a 500.000,00 Euro.

**B) Condizioni particolari**

**1) Criteri di operatività della garanzia**

In conformità alla condizione che il decesso deve essere la conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni di cui alla lettera A) resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di decesso conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

**2) Esclusioni dalla garanzia**

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare il decesso dovuto a lesioni derivanti:

a) dalla partecipazione a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;
b) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei, salvo i viaggi effettuati dall'assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari;
c) da guerra, da insurrezioni o tumulti popolari cui l'assicurato abbia preso parte attiva, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese;

d) dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure dalle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

è pure escluso il decesso:

e) per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
f) per carbonchio, per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

**3) Estinzione della garanzia**

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni:

a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;
c) alla conclusione dell'annualità relativa al compimento del 70° anno di età dell'assicurato;
d) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione.

**Art. 5 - Beneficiari**

Il contraente indica il beneficiario; può modificare l'indicazione in ogni momento, comunicandola in forma scritta a Alleanza Assicurazioni, Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, o per testamento.

L'indicazione non può essere modificata:

- dopo che contraente e beneficiario hanno dichiarato in forma scritta a Alleanza Assicurazioni, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del contraente;
- dopo che, deceduto l'assicurato, il beneficiario ha comunicato in forma scritta a Alleanza Assicurazioni di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto. In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto.

**Diritto proprio del beneficiario**

Il beneficiario acquisisce un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione (art. 1920 del Codice civile). Quanto gli viene pagato a seguito del decesso dell'assicurato non rientra nell'asse ereditario.
Il beneficiario dell'assicurazione complementare facoltativa "Critical Illness" è l'assicurato.

**Art. 6 - Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato**

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte di Alleanza Assicurazioni, le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le



© LMD srl - grafica

quali Alleanza Assicurazioni non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Alleanza Assicurazioni stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
   - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   - di rifiutare, in caso di decesso dell'assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
   - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   - di ridurre, in caso di decesso dell'assicurato e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, dei premi e delle prestazioni assicurate.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o della sede in Italia fatta dal contraente quando sottoscrive la proposta o la polizza.
Il contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Alleanza Assicurazioni lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede in un altro stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, il contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato a Alleanza Assicurazioni, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.
Nella proposta il contraente deve compilare e firmare le sezioni F.A.T.C.A. e C.R.S., per la raccolta di informazioni sulla sua eventuale cittadinanza americana o residenza fiscale estera.
Nel corso della durata del contratto il contraente deve comunicare a Alleanza Assicurazioni, al più presto e in forma scritta, ogni cambiamento che incida sulle informazioni fornite nella proposta.
Alleanza Assicurazioni comunque, a norma di legge, verifica eventuali variazioni relative alle sezioni F.A.T.C.A. e C.R.S. anche al fine di effettuare eventuali comunicazioni previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

**Art. 7 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione**

Prima della conclusione del contratto Alleanza Assicurazioni valuta la proposta e i rischi in essa descritti.
Al fine di consentire la corretta valutazione del rischio, Alleanza Assicurazioni, in relazione all'età, allo stato di salute e al capitale da assicurare, si riserva la facoltà di chiedere all'assicurato di sottoporsi a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari con costi a suo carico.
Il contratto si considera concluso nel momento in cui Alleanza Assicurazioni abbia rilasciato al contraente il documento di polizza o gli abbia altrimenti inviato per iscritto comunicazione del proprio assenso.
L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata versata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza.



© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

**Art. 8 - Diritto di revoca e diritto di recesso**

Diritto di revoca

Il contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto che avviene nel momento in cui Alleanza Assicurazioni rilascia al contraente stesso il documento di polizza o comunica per iscritto il proprio assenso.

Per la revoca della proposta deve essere inviata a Alleanza Assicurazioni una lettera racco- mandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a: Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate; in assenza di tale dato verrà inviato al contraente un assegno circolare.
Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Gli obblighi assunti dal contraente e da Alleanza Assicurazioni cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Alleanza Assicurazioni.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Alleanza Assicurazioni rimborsa al contraente gli importi eventualmente già versati.

Diritto di recesso

Il contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.
Per il recesso del contratto deve essere inviata a Alleanza Assicurazioni una lettera racco- mandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:
Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione di recesso vanno indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato; in assenza di tale dato verrà inviato al contraente un assegno circolare.
Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Alleanza Assicurazioni rimborsa al contraente il premio versato al netto delle eventuali imposte e della quota relativa al rischio corso.

**Art. 9 - Durata del contratto**

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal contraente.

© LMD srl - grafica

**Art. 10 - Premi, versamento e costi applicati**

Versamento

L'assicurazione viene prestata dietro il versamento di un premio annuo costante, indicato nel suo ammontare iniziale nel documento di polizza.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del contratto e per la durata stabilita, oppure fino al riconoscimento da parte di Alleanza Assicurazioni dell'insorgenza di una delle malattie gravi di cui all'art. 4.1, o al decesso dell'assicurato qualora questa avvenga prima del termine di tale durata.

Il primo premio annuo (o la prima rata di premio) potrà essere versato a Alleanza Assicurazioni o tramite un Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario su conto corrente intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- addebito su conto corrente bancario;
- bonifico bancario generato da disinvestimento Fondo/Polizza.

I premi annui (o le rate di premio) successivi potranno essere versati utilizzando, a scelta del contraente, i seguenti mezzi di pagamento:

- bollettino di versamento bancario (M.A.V.) inviato al domicilio del contraente;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit); in caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura S.D.D. il contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Alleanza Assicurazioni. Tale modalità è da utilizzare obbligatoriamente in caso di frazionamento mensile del premio.

Costi applicati

| | |
|---|---|
| **Spese di emissione del contratto** | Non presenti |

| | |
|---|---|
| **Diritti di quietanza** | Non presenti |

| **Caricamenti** | |
|---|---|
| Valore assoluto (cifra fissa) | Euro 30,00 |
| Valore percentuale | 3,00% |

I costi percentuali sono applicati al premio, al netto della cifra fissa.

Il contraente ha la possibilità di versare i premi annui in rate semestrali o mensili. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), come riportato nella tabella sottostante:

| Rateazione | Addizionale di frazionamento |
|---|---|
| Semestrale | 2,00% |
| Mensile | 4,50% |

AVVERTENZA: il contratto prevede costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati - in caso di decesso e di malattia grave - superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età dell'assicurato al momento della sottoscrizione superiore a 60 anni e 6 mesi, oppure per evitare il periodo di

carenza (6 mesi), di cui all'Art. 3.3. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'assicurato.

© LMD srl - grafica

**Art. 11 - Mancato versamento dei premi: risoluzione**

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni. A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che Alleanza Assicurazioni non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

**Art. 12 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione**

Il contratto risoluto per mancato versamento dei premi, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata, può essere riattivato entro un anno da tale data.

Qualora però siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del contraente ed accettazione scritta di Alleanza Assicurazioni, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione viene concessa dietro versamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati sulla base del periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

**Art. 13 - Capitale ridotto, riscatto, prestiti**

Il presente contratto non prevede valori di capitale ridotto, riscatto e prestiti.

**Art. 14 - Cessione, pegno e vincolo**

Il contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni, presentando autocertificazione di esistenza in vita dell'assicurato, se diverso dal contraente (e, in caso di cessione, dal cessionario, cioè chi beneficia della cessione). L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.

Questi atti sono efficaci nei confronti di Alleanza Assicurazioni solo se annotati su appendice.

In caso di pegno o vincolo, ogni operazione che riduce il valore del contratto (es. riscatto) richiede l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo).

**Art. 15 - Richieste di pagamento a Alleanza Assicurazioni**

**Tutte le richieste di pagamento** devono essere inviate in forma scritta a Alleanza Assicurazioni *(*al seguente indirizzo: Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto-TV), accompagnate da:

- documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare gli aventi diritto (contraente in caso di recesso; beneficiari in caso di decesso dell'assicurato; assicurato in caso di malattia grave);
- documento di identità e codice fiscale del richiedente;
- coordinate bancarie (codice IBAN), sottoscritte da tutti i beneficiari della polizza, su cui effettuare il bonifico;
- in caso di beneficiari minorenni o incapaci, dichiarazione del giudice tutelare che indichi la persona autorizzata all'incasso.

Le informazioni per la redazione della richiesta di pagamento in caso di decesso dell'assicurato si possono trovare sul sito internet **www.bgvita.it**.

Per le richieste di **recesso** vedasi l'articolo 8.

Documenti necessari per **pagamenti per decesso dell'assicurato (in originale o in copia conforme all'originale)**:
- certificato di morte dell'assicurato o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato. L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale), da cui risulti:
  - se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento,
  - che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato,
  - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del contraente, se i beneficiari in caso di decesso sono indicati in modo generico;
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico;
- relazione medica sulle cause e circostanze del decesso;
- relazione del medico curante sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato, e ulteriore documentazione eventualmente richiesta da Alleanza Assicurazioni se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
  - cartelle cliniche di ricoveri per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante,
  - esami clinici,
  - verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118),
  - verbale dell'autopsia se eseguita,
  - se il decesso è per una causa diversa dalla malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di procedimento penale, copia degli atti più significativi.

Se opera l'assicurazione complementare "Critical Illness", per i **pagamenti per malattia grave**, al verificarsi di una delle malattie gravi indicate all'art. 4, il contraente o l'assicurato o altra persona in loro vece devono darne avviso in forma scritta a Alleanza Assicurazioni **entro 90 giorni dalla data della diagnosi. Trascorso questo termine, Alleanza Assicurazioni si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato in caso di malattia grave e la copertura si estingue**.



© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

Alla denuncia della malattia devono essere allegati i seguenti documenti:
- richiesta scritta, sottoscritta dall'assicurato o dal contraente o altra persona in loro vece, con la quale si comunica l'insorgenza della malattia grave, precisandone il tipo tra quelle previste dall'art. 4;
- relazione del medico specialista che ha eseguito la diagnosi;
- eventuale lettera di dimissioni in caso di ricovero/intervento;
- relazione del medico curante che attesti lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'insorgenza/diagnosi della Malattia Grave;
- ogni ulteriore documentazione sanitaria necessaria alla corretta individuazione della patologia ed alla verifica della corrispondenza con quelle previste dall'art. 4.

In caso di insorgenza di **ictus** il contraente o l'assicurato o altra persona in loro vece devono, in aggiunta alla denuncia entro 90 giorni dalla data della diagnosi, far pervenire a Alleanza Assicurazioni una certificazione medica redatta da uno specialista neurologo attestante l'evidenza del danno neurologico permanente (in misura pari o superiore al 5%) dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data della diagnosi.

Alleanza Assicurazioni può richiedere altra documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie.
Alleanza Assicurazioni esegue i pagamenti entro 30 giorni decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.
Dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

**Art. 16 - Foro competente**
Per le controversie relative a questo contratto, il Foro competente è esclusivamente quello di residenza o di domicilio del contraente, del beneficiario o dei loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente (artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98).

Le istanze di mediazione nei confronti di Alleanza Assicurazioni devono essere inoltrate per iscritto a:
Alleanza Assicurazioni S.p.A. Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano
E-mail: alleanza@pec.alleanza.it

**Art. 17 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali**
Alleanza Assicurazioni non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Alleanza Assicurazioni a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America o dell'Italia.

© LMD srl - grafica

# Glossario

A

**ADDIZIONALE DI FRAZIONAMENTO**
In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

**ANNO**
Si intende sempre "anno commerciale" per cui si considerano convenzionalmente tutti i mesi di 30 giorni e l'anno formato complessivamente da 360 giorni.

**APPENDICE**
Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest'ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra Alleanza Assicurazioni ed il contraente oppure dovuti per Legge.

**ASSICURATO**
La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.

B

**BENEFICIARIO**
La persona fisica o giuridica a cui sono pagate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

C

**CARENZA**
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, Alleanza Assicurazioni non paga la prestazione assicurata.

**CARICAMENTI**
Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Alleanza Assicurazioni.

© LMD srl - grafica

**CONTRAENTE**
La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.

D

**DATA DI DECORRENZA**
Data indicata in polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni contrattuali.

**DOCUMENTO DI POLIZZA**
Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

E

**ETÀ**
Si intende sempre "età assicurativa" e cioè l'età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (Es.: 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

M

**MODULO DI PROPOSTA**
Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a Alleanza Assicurazioni la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

P

**PREMIO**
L'importo che il contraente versa a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

R

**RECESSO**
Diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

**REVOCA**
Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

**RISERVA MATEMATICA**
Importo che deve essere accantonato da Alleanza Assicurazioni per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

S

**SCADENZA**
Data in cui cessano gli effetti del contratto.

**SINISTRO**
Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia e pagata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

© LMD srl - grafica

**ALLEGATO 1**

# Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. n° 231 del 21 Novembre 2007 e s.m.i. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo)

Le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e S.M.I. e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere alla Compagnia di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lsg 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

**OBBLIGHI DEL CLIENTE**
**Art. 22 del D. Lgs. 231/07**

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, te-

nute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.

5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

**PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE**
**Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07**

Nel presente decreto s'intendono per (…) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari o coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
   1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;



© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte:
2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

**Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/07**

I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

**Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/07**

Nel presente decreto s'intendono per (…) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

**Art. 20 del D.Lgs. 231/07**

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
   a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
   b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la pro-

prietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
   a) i fondatori, ove in vita;
   b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
   c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

**OBBLIGO DI ASTENSIONE**
**Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07**

I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

**SANZIONI PENALI**
**Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/07**

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.



© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

**ALLEGATO 2**

# Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

**Utilizzo dei dati a fini contrattuali**

La informiamo che i suoi dati personali[1], da Lei forniti o acquisiti da terzi, sono trattati da Alleanza Assicurazioni Spa (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

(i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza[2];
(ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio)[2];
(iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati[2];
(iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative[2];
(v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

**Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale**

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

1) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalla Compagnia;
2) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

**Diritti dell'interessato**

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di

ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano (MI), privacy@alleanza.it. o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

**Tempi di conservazione dei dati**

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

**Comunicazione dei Dati**

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Autorizzati al trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE[3].

**Trasferimento dei dati all'estero**

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa[4] alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

**Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa**

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa.
Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia **www.alleanza.it.**



© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.